

Medicaid de Louisiana está ofreciendo beneficios de salud para la mujer embarazada, considerando ingresos más altos y con menos requerimientos que otros programas Medicaid.

Es Fácil Aplicar

- ① Llene el formulario.
- ② Obtenga la información que necesitamos.
- ③ Traiga el formulario y la información lo más pronto posible.

¿Quién Puede Aplicar?

Toda mujer embarazada, casada o soltera puede solicitar cobertura. No aplique por alguien que ya recibe Medicaid. Los límites de ingreso son más altos, por lo que aún parejas que trabajan y ganan más dinero pueden ser elegibles. **No** contamos recursos como cuentas de banco, efectivo en mano, carros o propiedad.

¿Qué ingresos se toman en cuenta?

Usted puede ser elegible si su ingreso familiar mensual, después de las deducciones, es menor que las cantidades en el siguiente cuadro. **El niño por nacer se cuenta como miembro familiar.**

Aún si su ingreso es mayor que estas cantidades, usted puede calificar. Usted puede recibir estas deducciones de su ingreso mensual:

- ✓ \$90 por cada persona que trabaja
- ✓ No se toma en cuenta los ingresos por estudios
- ✓ No se toma en cuenta el sustento infantil que se da a hijos viviendo fuera de la casa
- ✓ Hasta \$200/mes por pago de cuidado de niños menores de 2 años
- ✓ Hasta \$175/mes por pago de cuidado de niños mayores de 2 años
- ✓ Hasta \$50 por sustento infantil recibido

Número En la Familia	Ingresos Hasta Marzo 31, 2005	
	Ingreso Semanal	Ingreso Mensual
2	\$480	\$2,082
3	\$603	\$2,612
4	\$725	\$3,142
5	\$848	\$3,672
6	\$970	\$4,202
7	\$1,092	\$4,732
8	\$1,215	\$5,262
Más de 8	Por cada persona extra, sumar \$530 a la cantidad mensual para 8 personas.	

¿Qué información debo enviar?

Por **CADA MUJER EMBARAZADA** que solicita cobertura necesitaremos:



- ✓ Número de Seguro Social de la embarazada que solicita cobertura
- ✓ Tarjeta de residencia o documentos de inmigración de la embarazada que solicita cobertura

TAMBIÉN necesitaremos:

- ✓ Comprobante de su ingreso total familiar
- ✓ Tarjetas de seguro médico, si usted tiene otra cobertura
- ✓ Comprobante de pago de sustento infantil a alguien fuera del hogar (Sólo si quiere recibir una deducción)
- ✓ Recibo de pagos por cuidado de niños o de adulto incapacitado (Sólo si quiere recibir una deducción)

Cuando envíe su solicitud, adjunte todas las **COPIAS** que pueda de los comprobantes solicitados.

NO ESPERE para enviar su solicitud. Después de recibida, podemos darle más tiempo para que envíe los comprobantes que le solicitamos.

Si necesita ayuda para obtener los comprobantes o para llenar la solicitud, podemos ayudarle, sólo llámenos al **1-888-342-6207.**

¿Qué sucede si ya tengo otro seguro de salud?

Usted puede tener otro seguro adicional a este. Su otro seguro pagará primero; de la cantidad restante, nosotros cubriremos la cantidad permitida por Medicaid.

¿Qué servicios son cubiertos?

Nosotros pagaremos por servicios relacionados con el embarazo, el parto y asistencia hasta por 60 días después de terminado el embarazo. Esto incluye consultas, pruebas de laboratorio, medicinas recetadas y hospital.



**NO se paga inscripción,
NO primas,
NO porción de Pagos,
NO deducibles**

← (DESPRENDA SU SOLICITUD PARA ENVIARLA Y CONSERVE ESTA HOJA PARA USTED)

¿Qué hago después?



Después que ha llenado su solicitud, despréndala y envíela por correo o fax a:

LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
FAX #: 1-877-LA FAX US (523-2987)

También puede traerla, o enviarla por correo o fax a cualquier oficina local Medicaid o a un centro de aplicación Medicaid.

¿Qué pasará con mi solicitud?

Tomaremos una decisión rápida y se le notificará **a más tardar** dentro de los siguientes 45 días de recibida su solicitud.

Su cobertura puede empezar hasta tres (3) meses antes del mes que recibimos su solicitud (si estaba embarazada en esa fecha). **¡NO ESPERE!** Envíenos la solicitud tan pronto como pueda.

← (DESPRENDA SU SOLICITUD PARA ENVIARLA Y CONSERVE ESTA HOJA PARA USTED)

¿Se me pueden devolver los pagos hechos por servicios médicos recibidos?

Usted puede ser elegible a que se le devuelvan estos pagos hasta por tres (3) meses antes de su solicitud si:

- ✓ Usted es elegible en la fecha que el servicio fue recibido, y
- ✓ Usted fue a un proveedor Medicaid, y
- ✓ El servicio es cubierto por el programa Medicaid.

¿Puedo escoger mi propio doctor?

Usted puede ir a cualquier doctor registrado con Medicaid. Para OB/GYN en su área, llame gratis a la línea de Emergencia para Ayuda con Referencias al 1-877-455-9955.

¿Dónde puedo solicitar ayuda?

Si necesita ayuda para llenar la solicitud o para obtener los comprobantes necesarios, llámenos gratis al 1-888-342-6207.

Si tiene problemas para oír, llame a la línea TTY 1-800-220-5404.

Una vez aprobado, la embarazada tendrá esta cobertura hasta por 60 días después de terminado el embarazo, sin tomar en cuenta cambios en la casa o los ingresos.



¿Cuáles son mis derechos?

Si usted cree que la decisión tomada es injusta, incorrecta o tardada, puede apelar:

- ✓ Llamando a la oficina Medicaid al 1-888-342-6207.
- ✓ Llamando o escribiendo a su oficina local Medicaid Y/O
- ✓ Escribiendo directamente a:
LA DHH Bureau of Appeals
P.O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

LaMOMS es un programa de igualdad de oportunidades. No podemos tratarla diferente por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si cree que lo hemos hecho:

- ✓ Llame a la Oficina Regional de los Derechos Civiles en Dallas, TX al 1-800-368-1019,
- ✓ Llame o escriba a su oficina local Medicaid Y/O
- ✓ Escriba directamente a:
LA Department of Health & Hospitals
P.O. Box 1349
Baton Rouge, LA 70821-1349

This public document was printed in-house. This document was published by the Department of Health and Hospitals/Medical Vendor Administration/Eligibility Program Operations, P.O. Box 91288, Baton Rouge, LA 70821-9705 to advise applicants, recipients, and other individuals of Pregnant Woman coverage through the Medicaid program under authority of 42 CFR 435.905. It was printed in accordance with standards for printing by State Agencies established pursuant to R.S. 43:31.

BHSF Form 1-PW Cover (Spanish)
Rev. 01/05 (1/05 English)
Prior Issue Obsolete



Solicitud para



Ayudando a la Mujer Embarazada a tener Hijos Más Saludables

1-888-342-6207

Departamento de Salud y Hospitales de Louisiana